

· 护理学 ·

重症肝炎的护理体会

梁艳波

(黑龙江省大庆市第二医院 163461)

重症肝炎是传染科常见的危重症之一,主要特点为深度黄疸和严重肝功能损害。病情发展急剧,并伴有腹水、出血、意识障碍和肾功能不全等临床表现,病死率较高。如能早期及时发现,采取对症处理是预防并发症、改善预后、降低死亡率的关键。因此,良好的护理至关重要。我科2005年以来,共收治重症肝炎18例,现将护理体会总结如下:

1 临床资料

本组病人18例,男12例,女6例。年龄26—53岁,平均45.6岁。本组18例。入院时,均出现皮肤及巩膜重度黄染,尿呈豆油色或茶色,肝脏不同程度缩小,凝血酶原时间延长18—36s,3例入院当天出现早期昏迷症状,烦躁、尖叫、谵语、肢紧,1例有明显的性格行为异常,9例腹水,3例恶心,2例呕吐咖啡样物,3例黑便。

2 护理措施和体会

2.1 一般护理

2.1.1 病室要求: 安排在抢救措施健全的病房,有条件的放在监护病房,要求室内空气新鲜,保持一定湿度,以50%~60%为宜,避免空气干燥,温度保持在20℃左右。适当用窗帘遮挡,避免强光照射。定时用紫外线灯照射消毒,地面用具用1:200 84消毒液擦拭。保持室内安静、清洁、舒适,不允许有其他传染病的亲友探视。

2.1.2 绝对卧床休息: 可取平卧位(平卧位可增加肝脏血流量,减少活动,因活动可增加基础代谢,促进蛋白分解,增加肝脏负担),进食、大小便均不宜下床。同时保持病室安静舒适,保证足够的睡眠,以利于受损的肝脏修复。休息还可减少患者的体力消耗。

2.1.3 心理护理: 帮助病人了解本病的发生、发展及预后,消除思想负担,设法摆脱忧虑和痛苦心理,树立起战胜疾病的信心。重症肝炎是传染科常见的危重症之一,主要特点为深度黄疸和严重肝功能损害。病情发展急剧,并伴有腹水、出血、意识障碍和肾功能不全等临床表现,病死率较高。由于该病的病情重、见效慢,时有反复,预后差,病死率高,治疗费用昂贵,患者常出现恐惧、焦虑不安、烦躁易怒、悲观失望而失去治疗信心。我们针对不同患者的不同心理耐心开导病人,向患者及家属介绍该疾病的相关知识,发病因素,治疗原则及应注意的事项。精神与情绪对治疗的重要性,勇于面对人生,面对自己的疾病,以愉快的心情接受或配合治疗及护理,提高治疗效果。

2.1.4 饮食护理: 重型肝炎患者应以清淡、低脂肪、多维生素及适量蛋白、易消化的饮食为主。加强营养,给予营养丰富、易消化的流质或半流质饮食。食欲差或不能进食者应静脉补充足够的热量;有腹水、浮肿、脑水肿者应给予低盐或无盐饮食;有肝昏迷先兆或早期肝昏迷者,禁止含有蛋白质的饮食摄入,以控制肠道内氨的来源。忌食含防腐剂的饮料和食物,如桔子汁、可口可乐、方便面、罐头等,以防加重肝功能的损害。正确饮食、合理的营养可促进肝细胞的再生,否则会使病情加重。危重患者处于高分解代谢状态,营养支持治疗十分重要。可根据病情选择营养途径及营养方案,轻者给高热量、高蛋白软食,伴有消化道出血、肝昏迷及肾功能衰竭的患者控制蛋白质摄入,危重患者需静脉输入高渗糖及氨基酸。

2.2 病情观察

密切观察患者的体温、脉搏、血压、呼吸、尿量、大便颜色数量以及精神、意识、智力、出血情况,为早期发现各种出血、感染脑水肿、肝性脑病及肝肾综合症等严重并发症提供依据。

2.2.1 监测生命体征: 制定完备的护理计划,观察病人意识、瞳孔变化。如病人躁动、意识障碍应加床挡,防止坠床。

2.2.2 记录24h出入量, 积极防治脑水肿:应用脱水剂后,要注意观察尿量颜色,控制静脉输液速度,预防肺水肿及腹水,每日晨测腹围1次。

2.2.3 有肝昏迷先兆或肝昏迷者, 每日给予温盐水清洁灌肠2次,清洁灌肠后给予温盐水加等量食醋保留灌肠,消除和抑制肠道毒物及氨的产生和吸收^[1,2]。

2.3 并发症的护理

2.3.1 肝功能衰竭的护理: 限制蛋白质摄入量,保持大便通畅。可用泻药或无菌生理盐水加醋酸灌肠排氨。解除咳嗽、用力排便等使腹压增加因素,以免诱发消化道出血。注意观察患者意识改变及黄疸情况,以判断病情的有无发展。避免使用损害肝脏的药物,定时监测电解质、血氨变化。肝昏迷患者则需按昏迷护理常规进行护理。

2.3.2 肾功能衰竭的护理: 重症肝炎首先累及肾脏,引起肾病综合征,密切观察尿量变化,准确记录出入量。出现少尿或无尿时,应及时处理。留置导尿时,用1:5000呋喃西林溶液500ml冲洗膀胱1/d,防止逆行感染,注意监测电解质,尤其血钾、尿素氮,防止高血钾所致心律失常及心脏骤停的发生。

2.3.3 脑功能衰竭的护理: 脑功能衰竭的肝昏迷是重症肝炎并发症之一。昏迷患者应加床档,防止坠床,取出假牙,头偏向一侧。及时吸痰,防止窒息及吸人性肺炎。注意观察患者意识状态、瞳孔大小、血压、脉搏、呼吸等生命体征变化。昏迷患者伴有脑缺氧、脑水肿,可用少量脱水剂。用药时要保证用药速度和时间。肝昏迷患者室内有肝臭味,应定时空气消毒,

(收稿日期:2006-02-26 接受日期:2006-03-28)

保持室内空气新鲜, 清洁。

2.3.4 出血的护理: 肝功能衰竭时, 凝血因子减少。另外脾功能亢进, 血小板减少, 导致出血不止, 患者常出现鼻衄、齿龈出血、胃肠道出血及皮肤紫癜。要观察出血情况、注意安全, 防外伤, 注射后局部压迫时间延长, 补充凝血因子, 血小板等。给予对症处理。随时注意观察有无出血倾向, 如鼻出血、咖啡样呕吐物、黑便等, 备止血药及抢救物品。如吸氧管、吸痰器、吸痰管、开口器、牙垫等。

2.4 避免交叉感染

患者入院后均住单人病房, 治疗和护理操作物专用, 避免与其他疾病接触, 加强对住院环境的消毒、清洁。病室每日用紫外线照射 60 分钟, 床头、床旁桌椅每日用 0.5%84 消毒液擦拭二次, 地面用 2%84 消毒液消毒, 防止各种感染。

2.5 加强基础护理

2.5.1 加强口腔护理: 昏迷患者免疫功能低下, 长期卧床易发生口腔炎, 又因进食少, 极易发生口腔感染。每日用生理盐水清洗口腔, 早晚各一次, 保持口腔清洁湿润。

2.5.2 皮肤护理: 重肝患者多伴有皮肤干燥、瘙痒, 每日用温开水擦洗皮肤一次, 保持皮肤清洁。如合并脑水肿患者在使用脱水剂时注意不使药液渗入皮内或皮下组织内, 以免引起局部组织坏死, 给患者增加痛苦。常修剪患者指甲以免抓伤皮肤而引起感染。保护好穿刺部位皮肤, 穿刺时选择好部位, 避

免来回进针, 拔针后多按压(因肝病患者凝血机制很差), 以免引起皮下血肿。床铺应保持干燥、清洁、平整。定时翻身, 受压部位垫软垫, 定时按摩, 防止发生褥疮而加重病情。

3 讨论

重症肝炎发病急, 病情凶险, 并发症多, 病死率高。临床上治疗比较棘手, 在采取有效措施抢救治疗的同时, 加强护理是提高抢救成功率, 降低病死率的重要措施之一^[34]。病人机体免疫机能下降, 功能紊乱, 出血、腹水、低蛋白血症导致组织水肿、肝性脑病、肝肾综合症, 在治疗的过程中应在常规护理的基础上密切观察患者的体温、精神及意识状况、大小便情况、全身水肿与腹水、腹胀与腹部压痛情况, 呼吸与咳嗽咳痰状况, 及时发现有无感染及感染部位, 预防并减少并发症及院内感染发生, 采取行之有效的治疗和护理措施, 提高重肝的抢救成功率。

参考文献

- [1] 赵富荣. 重症肝炎的护理体会[J]. 护理探讨, 2003, (2): 70-71
- [2] 王丽华等. 重症肝炎的护理体会[J]. 黑龙江医学, 2001, (8), 611
- [3] 蔡云妍等. 重症肝炎的护理[J]. 华北煤炭医学院学报, 1999, (6), 589-590
- [4] 陈武玲. 重症肝炎血浆置换术前护理问题分析与对策. 生物磁学, 2005, 5(4): 42-44

(上接第 74 页)

参考文献

- [1] 王锡明, 武乐斌, 邵广瑞, 等. 多层螺旋 CT 成像技术在全身血管造影中的应用[J]. 中国医学影像技术, 2002, 18(4): 333-334
- [2] 杨京川, 范占明, 罗凌吃, 等. 3D TOF MRA 诊断肾动脉狭窄的价值[J]. 中国医学影像学杂志, 1999, 7, 291-292
- [3] Dong Q, Schoenberg SO, Carlos RC, et al. Diagnosis of renal vascular disease with MR angiography[J]. Radiographics, 1999, 19: 1535-1551
- [4] 吴国庚, 周诚, 叶晓华, 等. 多层螺旋 CT 肾动脉 CTA 的临床应用[J]. 医学影像学杂志, 2003, 13(10): 715
- [5] 李建初, 姜玉新. 肾动脉狭窄的彩色多普勒超声诊断[J]. 中国医学影像技术杂志, 2001, 17: 280-282
- [6] Hu H. Multi-slice spiral CT: scan and reconstruction[J]. Med Phys, 1999, 26: 5-18
- [7] McCollough CH, Zink FE. Performance evaluation of a multi-slice CT system[J]. Med Phys, 1999, 26: 2223-22309
- [8] 许达生, 陈君禄, 黄兆民. 临床 CT 诊断学[M]. 广州: 广东科技出版社, 1998: 6-8
- [9] Leung D, Hagspiel KD, Angle JF, et al. MR Angiography of the Renal Arteries[J]. Radiol Clin N Am, 2002, 40(4): 847-865
- [10] Willmann SK, Willemuth S, Pfammatter T, et al. Aortic and Renal Arteries: Prospective Intraindividual Comparison of Contrast-Enhanced Three-Dimensional MR Angiography and Multi-Detector Row CT Angiography[J]. Radiology, 2003, 226(3): 798-811
- [11] Rubin GD, Dake MD, Napel SA, et al. Spiral CT of Renal Artery

- Stenosis: Comparison of Three-Dimensional Rendering Techniques[J]. Radiology, 1994, 190(1): 181-189
- [12] Wittenberg G, Kenn W, Tschammler A, et al. Spiral CT Angiography of Renal Arteries: Comparison with Angiography[J]. Eur Radiol, 1999, 9(3): 546-551
- [13] Urban BA, Ratner LF, Fishman EK. Three-Dimensional Volume-Rendered CT Angiography of the Renal Arteries and Veins: Normal Anatomy, Variants, and Clinical Applications[J]. RadioGraphics, 2001, 21(2): 373-386
- [14] Beregi JP, Louvehny S, Cautier C, et al. Fibromuscular Dysplasia of the Renal Arteries: Comparison of Helical CT Angiography and Arteriography[J]. AJR, 1999, 172(1): 27-34
- [15] Halpern EJ, Rutter CM, Cardiner GA, et al. Comparison of Doppler US and CT Angiography for Evaluation of Renal Artery Stenosis[J]. Acad Radiol, 1998, 5(8): 524-532
- [16] Quillin SP, Brink JA, Heiken JP, et al. Helical(Spiral) CT Angiography for Identification of Crossing Vessels at the ureteropelvic Junction[J]. AJR, 1996, 166(5): 1125-1130
- [17] Halpern EJ, Nazarian IN, Weechler RJ, et al. US, CT, and MREvaluation of Accessory Renal Arteries and Proximal Renal Arterial Branches[J]. Acad Radiol, 1999, 6(5): 299-304
- [18] Rouviere O, Lvonnet D, Berger P, et al. Ureteropelvic Junction Obstruction: Use of Helical CT for Preoperative Assessment-Comparison with Intraarterial Angiography[J]. Radiology, 1999, 213(3): 668-673